

Formulario de inscripción

para la cobertura grupal – médica y/o dental



Sección 1 – Información del solicitante

Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____
Número de Seguro Social _____ (____) _____ - _____
Número de teléfono de residencia _____

Apellido _____ Sufijo _____
Número de teléfono móvil (____) _____ - _____

Género Masculino Femenino _____ / _____ / _____
Fecha de nacimiento _____
Dirección postal (si es diferente a la dirección de residencia) _____

Dirección de residencia _____ Ciudad _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ +4 _____

Estado _____ Código postal _____ +4 _____ Condado _____ Correo electrónico _____

Sección 2 – Información de inscripción

Nombre del empleador _____ Número de grupo/Categoría _____ Fecha de contratación para trabajo de tiempo completo _____ / _____ / _____

Marque una opción:

Soy un nuevo empleado que se inscribe por primera vez.

Antes trabajaba medio tiempo _____ / _____ / _____, y ahora trabajo tiempo completo.
Fecha de contratación para trabajo de medio tiempo

Soy un empleado de horario variable*, elegible a partir de _____ / _____ / _____.

Mi fecha original de contratación fue _____ / _____ / _____.

*Solo para grupos grandes.. Consulte al administrador del plan.

Soy un empleado que se está inscribiendo debido a:

Período de Inscripción Abierta del empleador Nacimiento/Adopción

Matrimonio Divorcio

Pérdida involuntaria de la cobertura (explique): _____

Otro (explique): _____

Fecha oficial del evento calificado _____ / _____ / _____

Esta no es la fecha de entrada en vigor. Puede ser necesario proporcionar la información del acontecimiento para completar la inscripción. Será notificado si se necesita dicha documentación.

Si actualmente se encuentra inscrito en una cobertura de Blue Cross and Blue Shield of Kansas, por favor proporcione su número de identificación de asegurado.

Número de identificación del asegurado

Si no sabe cuál es el plan(es) de beneficios que su compañía ofrece, por favor consulte al administrador del plan.

Quiero inscribirme en: Médico Dental Vista

¿Tiene una cobertura dental por separado con Blue Cross u otra compañía aseguradora? Sí No

Quiero inscribirme en:

Cuenta flexible de gastos (FSA) Sí No

Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) Sí No

Seguro de gastos médicos con deducible alto (HDHP) Sí No

Opción _____

Sección 2A – Información de los derechohabientes (utilice una hoja extra para agregar a los derechohabientes adicionales)

Aviso: Complete todos los campos en la sección 2A para cada derechohabiente que desea agregar.

Relación con el solicitante: Cónyuge

____ / ____ / ____
Fecha de matrimonio

Primer nombre _____

Inicial del
segundo
nombre

Género Masculino Femenino

____ / ____ / ____
Fecha de nacimiento

Apellido _____

Sufijo

____ - ____ - ____
Número de Seguro Social

Tipo de cobertura médica para este derechohabiente (marque todas las opciones que apliquen): Médico Dental Vista
¿Tiene una cobertura dental por separado con Blue Cross u otra compañía aseguradora? Sí No

Relación con el solicitante: Hijo Hijastro Tutor legal Custodia legal

Primer nombre _____

Inicial del
segundo
nombre

Género Masculino Femenino

____ / ____ / ____
Fecha de nacimiento

Apellido _____

Sufijo

____ - ____ - ____
Número de Seguro Social

Tipo de cobertura médica para este derechohabiente (marque todas las opciones que apliquen): Médico Dental Vista
¿Tiene una cobertura dental por separado con Blue Cross u otra compañía aseguradora? Sí No

Relación con el solicitante: Hijo Hijastro Tutor legal Custodia legal

Primer nombre _____

Inicial del
segundo
nombre

Género Masculino Femenino

____ / ____ / ____
Fecha de nacimiento

Apellido _____

Sufijo

____ - ____ - ____
Número de Seguro Social

Tipo de cobertura médica para este derechohabiente (marque todas las opciones que apliquen): Médico Dental Vista
¿Tiene una cobertura dental por separado con Blue Cross u otra compañía aseguradora? Sí No

Sección 3 – Otra cobertura médica

¿Hay alguien que esté solicitando esta cobertura y que esté inscrito en cualquier otro seguro médico/dental (excepto Medicare, Medicaid o SRS)? Sí No

¿Usted o alguno de sus dependientes mencionados tienen la Parte A o la Parte B del Programa Medicare? Sí No

¿Tiene derecho a Medicare debido a ESRD (insuficiencia renal permanente)? Sí No

Nombre del miembro de la familia que tiene cobertura de Medicare:

Primer nombre _____

Inicial del
segundo
nombre

Apellido _____

Sufijo

Número de identificación del Programa Medicare

____ / ____ / ____
Parte A Fecha de vigencia

____ / ____ / ____
Parte B Fecha de vigencia

Sección 4 – Autorización

Al firmar esta autorización, yo garantizo que toda la información que he proporcionado es verdadera según mi leal saber y entender y comprendo que Blue Cross and Blue Shield of Kansas, un licenciataria independiente de Blue Cross Blue Shield Association, reevaluará o finalizará el contrato si dicha información recibida en cualquier momento indica que la información proporcionada en este proceso de

inscripción constituye una declaración falsa y deliberada sobre cualquier hecho o fue fraudulenta.

Salvo que se esté inscribiendo en un Plan de salud calificado, esta póliza no proporciona beneficios esenciales dentales o para la vista pediátricos certificados de intercambio, conforme a la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y no satisface el requisito de "aseguramiento razonable".

Se requiere su firma

Solicitante (Firma del padre/tutor si es diferente al solicitante)

____ / ____ / ____
Fecha en que se firmó

La versión oficial de este formulario es la versión en inglés. Las versiones de este formulario en cualquier idioma distinto del inglés se proporcionan únicamente con fines informativos.

The English language version of this form is the official version; a version of this form in any other language other than English, is furnished for informational purposes only.